

新たな高齢者医療制度における 医療費適正化計画の在り方について (特定健診・保健指導)

平成22年10月27日

厚生労働省保険局総務課

医療費増加の構図

(参考)

医療費の増加

主要因は老人医療費の増加

〔 老人増
1人当たり老人医療費=若人の5倍 〕

〔 1人当たり老人医療費は都道府県により大きな格差(平均82万円、最高:福岡県約102万円、最低:長野県約67万円) 〕

1人当たり入院医療費の増(寄与度の約5割)

病床数の多さ(平均在院日数の長さ)

在宅(自宅でない在宅含む)療養率の低さ

1人当たり外来医療費の増(寄与度の約5割)

生活習慣病を中心とする外来受診者の受診行動

内臓脂肪型肥満に起因する生活習慣病患者・予備群の増加

医療機能の分化・連携

急性期
回復期
療養期
在宅療養



連携

介護提供体制

・地域における高齢者の生活機能の重視

生活習慣病対策

- ① 保険者と地域の連携した一貫した健康づくりの普及啓発
- ② 網羅的で効率的な健診
- ③ ハイリスクグループの個別的保健指導

中長期的な医療費適正化方策

(参考)

基本的な考え方

- ◎ 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化
 - ・ 生活習慣病予防の徹底 → 政策目標:生活習慣病有病者・予備群を25%減少(平成27(2015)年度)
 - ・ 平均在院日数の短縮 → 政策目標:全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小(同上)

国

共同作業

都道府県

- 全国医療費適正化計画・医療費適正化基本方針の作成
- 都道府県における事業実施への支援
 - ・ 平均在院日数の短縮に資する診療報酬の見直し
 - ・ 医療提供体制の整備
 - ・ 人材養成
 - ・ 病床転換に関する財政支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

- 都道府県医療費適正化計画の作成
- 事業実施(生活習慣病対策)
 - ・ 保険者事業(健診・保健指導)の指導
 - ・ 市町村の啓発事業の指導(在院日数の短縮)
 - ・ 医療機能の分化・連携の推進、在宅医療の推進
 - ・ 病床転換の支援
- 計画の進捗状況の評価(中間年・平成22年度)、実績の評価(最終年の翌年・平成25年度)

実績評価の結果を踏まえた措置

- 都道府県に配慮して診療報酬を定めるように努める(※)
- 都道府県と協議の上、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲で、都道府県の診療報酬の特例を設定することができる
- ※設定にあたっては中医協において審議
- 診療報酬に関する意見を提出することができる(※)
- 保険者・医療機関に対する必要な助言又は援助等(※)

保険者

(※)については中間年における進捗状況の評価時と同様

- 保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

高齢者の医療の確保に関する法律第8条第1項の規定に基づき定める計画 (全国医療費適正化計画)

(参考)

(平成20年厚生労働省告示第442号)

<目次>

計画期間:5年間
(平成20年度～平成24年度)

- 第一 計画の位置付け
- 第二 医療費を取り巻く現状と課題
 - 一 医療費の動向
 - 二 平均在院日数の状況
 - 三 療養病床の状況
 - 四 生活習慣病の有病者及び予備群の状況
- 第三 目標と取組
 - 一 基本理念
 - 1 国民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
 - 2 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - 二 医療費適正化に向けた目標
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する達成目標
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
 - 3 計画期間における医療に要する費用の見通し
 - 三 目標を達成するために国が取り組むべき施策
 - 1 国民の健康の保持の推進に関する施策
 - 2 医療の効率的な提供の推進に関する施策
- 第四 計画の推進
 - 一 関係者の連携及び協力による計画の推進
 - 二 計画の達成状況の評価
 - 1 進捗状況評価
 - 2 実績評価

年間33兆円で1/3が老人医療費。年間で約1兆円の伸び

平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)との相関性は高い

医療費の1/3、死因の6割が生活習慣病。メタボリックシンドローム該当者・予備群は40歳以上の男性の2人に1人、女性で5人に1人

特定健康診査の実施率	70%以上
特定保健指導の実施率	45%以上
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率	平成20年度と比べ10%以上の減少

平均在院日数	32.2日⇒29.8日
療養病床の病床数	21万床+ α (※)

(※) 確定している44都道府県の目標数を集計したものに今後確定する3県の目標数を加えたもの

- (1) 保険者による特定健康診査等の推進
 - ① 保健事業の人材養成
 - ② 特定健康診査等の内容の見直し
 - ③ 集合的な契約の活用への支援
 - ④ 好事例の収集及び公表
 - ⑤ 国庫補助
- (2) 都道府県・市町村の啓発事業の促進

- (1) 療養病床の再編成
 - ① 療養病床から介護保険施設等への転換に伴う整備費用の助成等
 - ② 療養病床から老人保健施設等への転換を促進するための基準の特別措置等の実施
 - ③ 第4期の介護保険事業計画における配慮
 - ④ 老人保健施設における適切な医療サービスの提供
- (2) 医療機関の機能分化・連携
- (3) 在宅医療・地域ケアの推進

平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況

○特定健診の受診率

(1)全体

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
51,919,920	19,870,439	38.3%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
30.8%	31.3%	29.5%	58.0%	22.6%	58.7%

○特定保健指導の終了率

(1)全体

対象者数	終了者数	特定保健指導終了率
3,942,621	307,847	7.8%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
14.1%	2.4%	3.1%	7.0%	7.2%	4.3%

特定健診・保健指導の目標達成状況（平成20年度）

○平成24年度における目標値（参酌標準）を、平成20年度において既に達成している保険者も存在。

○特定健診の受診率の目標達成は健保組合において高いなど、保険者種別毎に異なる傾向。

（保険者数）

	特定健診実施率 80・70・65%	特定保健指導終了率 45%	左記の2目標を 達成している者	全保険者数
健保組合	156 (単一:113 総合:43)	57	17	1,480
市町村国保	22	262	4	1,794
国保組合	0	0	0	165
協会けんぽ	0	0	0	1
共済組合	3	3	1	77
船員保険	0	0	0	1
計	181	322	22	3,518

（注1）特定保健指導の終了率については、そもそも保険加入者が極端に少ないことや特定健診の実施率が低いこと、保健指導の対象とならない服薬者が多くいること、などの事由により高くなる可能性があることに留意。

（注2）特定健診実施率の参酌標準は、単一健保組合、共済:80%、総合健保、協会けんぽ、国保組合、共済、船員保険:70%、市町村国保:65%

新たな高齢者医療制度の検討

○高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)(抄)(平成22年)

3. 費用負担

(1) 支え合いの仕組みの必要性

○新たな仕組みの下では、高齢者も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなるが、65歳以上の方については、一人当たり医療費が高く、国保・被用者保険の制度間で加入者数に大きな偏在が生じることから、引き続き、高齢者の医療費を国民全体で公平に分担する仕組みを設けることが不可欠である。

5. 保健事業等

○75歳以上の方の健康診査の実施について、現行制度前は市町村に実施義務が課せられていたが、広域連合の努力義務となった中で受診率が低下した。

○新たな仕組みの下では、75歳以上の方も、国保や被用者保険にそれぞれ加入することとなり、健康診査等についても、国保・被用者保険の下で各保険者の義務として行うこととする。

○特定健診・特定保健指導については、生活習慣病を予防し、高齢期等の医療費の効率化できる部分を効率化する取組であり、保険者機能の強化の点からも、引き続き、取組を進めていくが、今後の具体的なあり方については、高齢者への対応を含め、別途、技術的な検討を進めることが必要である。

○一方、現在、特定健診・特定保健指導の達成状況による後期高齢者支援金の加算・減算の仕組みが設けられているが、新たな制度の下でも、特定健診等をより円滑に推進するための方策を講じる。

今後の医療費適正化計画について

特定健診・保健指導について

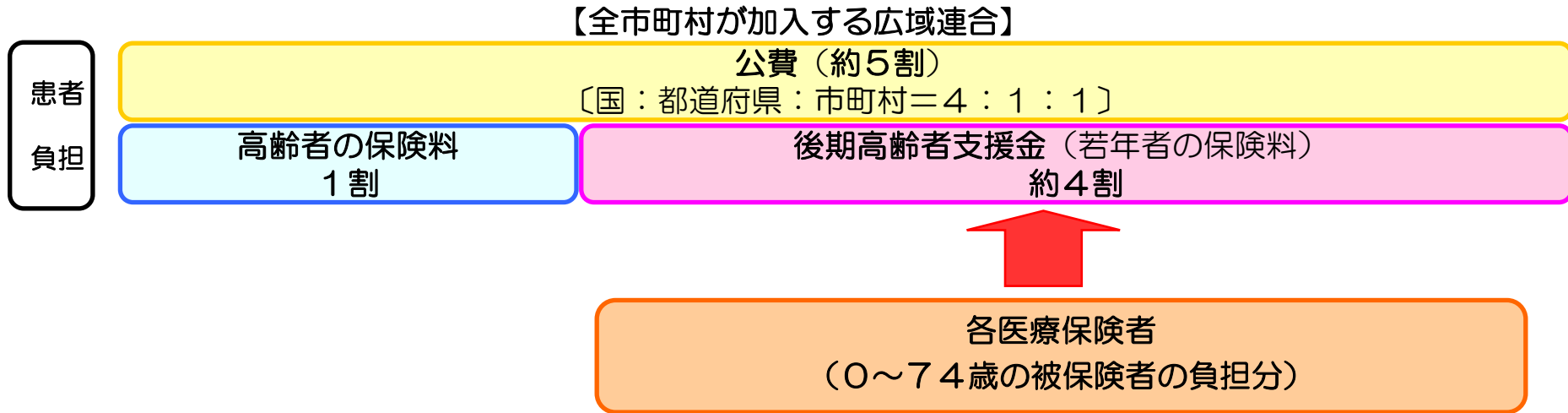
- 「高齢者のための新たな医療制度等について(中間とりまとめ)」のとおり、保険者に対して特定健診・保健指導について、75歳以上の高齢者の方々への実施を義務付け。ただし、高齢者の方々への対応を含め、平成25年度以降の実施に向けた技術的な対応方法については別途検討を予定。
- 特定健診・保健指導の実施状況等について、本年度中に中間評価を行うこととしており、実施状況の良好な保険者の取組み等を分析し、各保険者にフィードバックすることにより特定健診・保健指導の実施率向上に資するよう努める。

療養病床の再編

- 転換意向調査及び患者実態調査の結果を踏まえ、今後の方針については、介護保険部会において検討中。

後期高齢者医療制度における後期高齢者支援金の (参考) 加算・減算制度(平成25年度以降実施)

○後期高齢者医療制度における財政調整



各保険者について、特定健診・保健指導の実施状況等に応じて後期高齢者支援金を加減算。

〈加算・減算の方法〉

①目標の達成状況

- ・特定健診・保健指導の実施率
- ・内臓脂肪症候群の該当者・予備群の減少率

②保険者の実績を比較

- 実績を上げている保険者 ⇒ 支援金の減算
- 実績の上がない保険者 ⇒ 支援金の加算

◆減算と加算は最大±10%の範囲内で設定

◆減算額と加算額の総額は ±ゼロ

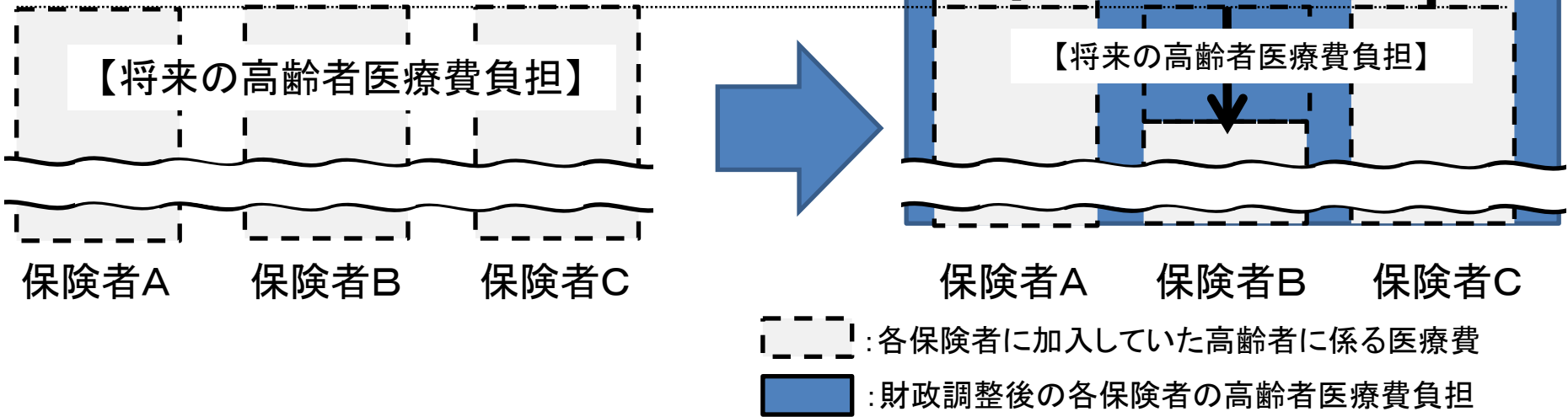
後期高齢者支援金の加減算制度の考え方

【イメージ】

○健診・保健指導の実施率が同一の場合。

※加入者数の規模、保険者種別及び
高齢者加入割合等の他の諸条件を同一と仮定。

○健診・保健指導の実施率が保険者A及びCは低く、Bが高い場合。



○高齢者の方々の医療費を広く保険者全体で負担し合う仕組み(後期高齢者支援金制度)を前提とすると、生活習慣病対策の取組みにより、相対的に医療費のかからない高齢者の方々を輩出した保険者は、保険財政全体に貢献。

○保険財政全体の改善による恩恵を享受する他の保険者の負担により、こうした生活習慣病対策に取り組んだ保険者の負担を軽減することが、加減算制度の本来の目的。

現行の支援金の加減算制度についての論点

※ 新たな高齢者医療制度においても、高齢者の方々の医療費の負担を全保険者で支え合う仕組みは存置される見込み。

一方で、現行の加減算制度については、以下のような論点が考えられる。

○そもそも実施率の低い保険者へのペナルティーである等の理由により、加減算制度自体を廃止すべき、との意見をどう考えるか。

→前述のように、保険財政全体に貢献をした保険者にメリットを与えるのが加減算制度の本来の趣旨。既に20年度において国の定める参酌基準を達成した保険者も存在。

○状況の異なる保険者を一律に比較することが良いかどうか(被用者保険と市町村国保の達成状況の相違など)。

→保険者毎の状況に配慮し保険者の種別・規模等を勘案する必要があるか。

○加減算される金額(最大で後期高齢者支援金の±10%)は過大ではないか。

(特定健診等の全保険者の事業規模は約1,000億円程度である一方、後期高齢者支援金の10%は、約5,000億円程度(平成22年度予算ベース))

→保険者毎の財政状況を勘案し適正な加減算の規模とする必要があるか。

○生活習慣病対策による将来的な医療費への効果と加減算される支援金の対応関係をどのようにつけるか。

→中期的な実施状況やデータの蓄積状況を勘案する必要があるのではないか。